



FORMULARIOS DE PACIENTES TABLA DE CONTENIDO

Si es un paciente nuevo, complete los siguientes formularios y tráigalos a su cita.

Registro de pacientes.....	2
Acuerdo de Política Financiera	3-7
Historial médico	8-9
Formulario de consentimiento de PBM para recetas electrónicas	10
Portal del Paciente	11
Divulgación de información médica protegida.....	12
Aviso de Prácticas de Privacidad.....	13-16
Acuse de recibo del aviso de prácticas de privacidad	17
Notificación al paciente de la disponibilidad de directivas anticipadas	18
Autorización para la divulgación de información médica	19-20

Los siguientes formularios se refieren a la confidencialidad de su información médica. No es necesario que llene estos formularios a menos que sean pertinentes para su atención.

Autorización para el uso y divulgación de información médica	22-23
Solicitud de Enmienda de Mi Historia Clínica	24
Solicitud de un informe de las divulgaciones de mi expediente médico	25
Solicitud de Comunicaciones Confidenciales de Mi Historia Clínica	26
Solicitud de Restricciones sobre Usos y/o Divulgaciones de mi Expediente Médico ...	27
Revocación de mi Autorización para el Uso y Divulgación de Información Médica ...	28
Consentimiento para obtener, retener o divulgar información genética en Nevada	29-30



REGISTRO DE PACIENTES

Farmacia preferida: _____ Ubicación: _____ Farmacia #: _____

Médico remitente: _____ Proveedor preferido: _____

Información para el paciente

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Nombre anterior: _____ Nombre preferido: _____ Mujer Hombre Transgénero

Fecha de nacimiento: ____/____/____ SS#: ____-____-____

Dirección: _____ Apto./Ste./Unidad: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Inicio #: _____ Trabajo #: _____ ext. _____ Celular #: _____

Correo electrónico: _____ Ocupación: _____

Empleador: _____ Teléfono del empleador: _____

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Pareja de hecho Viudo

Raza: Indio americano/Nativo de Alaska Asiático Negro/Afroamericano Isleño del Pacífico Blanco Otro: _____

Etnia: Hispano/Latino No Hispano/Latino Rechazado Idioma principal: _____

Partes Asociadas

Nombre del cónyuge: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Teléfono #: _____

Nombre de los padres (si es menor de edad): _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Teléfono #: _____

Nombre del contacto de emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono #: _____

Información del seguro

Seguro Primario: _____

Número de póliza: _____ Número de grupo: _____ Fecha de entrada en vigor: ____/____/____

Nombre del Asegurado: _____ Relación con el Asegurado: _____ SS# del Asegurado: ____/____/____

Fecha de nacimiento del asegurado: ____/____/____ empleador del asegurado: _____

Seguro Secundario: _____

Número de póliza: _____ Número de grupo: _____ Fecha de entrada en vigor: ____/____/____

Nombre del Asegurado: _____ Relación con el Asegurado: _____ SS# del Asegurado: ____/____/____

Fecha de nacimiento del asegurado: ____/____/____ empleador del asegurado: _____



ACUERDO DE POLÍTICA FINANCIERA

Bienvenido

Gracias por elegir Women's Health Associates of Southern Nevada (WHASN). Consideramos un honor tener la oportunidad de ayudarlo con sus necesidades médicas. Nuestros proveedores están comprometidos a ser líderes y defensores en la búsqueda de la excelencia en la atención médica de la mujer. Nos esforzamos por brindar la más alta calidad de atención posible con integridad, honestidad, compasión y eficiencia. Nuestros proveedores de atención médica no hablan sobre las obligaciones financieras ni sobre la cobertura del seguro. Esto permite a los proveedores centrar toda su atención en sus necesidades médicas. Comprender nuestra política financiera es importante para una relación exitosa entre el proveedor y el paciente. Hacemos todo lo posible para mantener nuestras tarifas razonables y, al mismo tiempo, cubrir el costo asociado con los servicios que brindamos. Nuestro acuerdo financiero es indicativo de nuestro respeto por su derecho a saber, con anticipación, cuáles son nuestras expectativas para la responsabilidad financiera del paciente. El pago de su factura se considera parte de su servicio de atención médica general proporcionado por WHASN. Si no puede que su proveedor ordene atención de seguimiento o pruebas debido a una carga financiera, pida hablar con el administrador de la oficina. Haremos todo lo posible para ayudarlo a obtener la atención médica necesaria.

Información para el paciente

Todos los pacientes deben completar nuestro [Formulario de Registro de Paciente](#) antes de su visita con el proveedor. **Nuestra oficina requiere su número de seguro social para verificar la facturación del seguro, así como para ayudar en los procedimientos de cobranza. Tenga en cuenta que esta información permanecerá en nuestro sistema y los formularios de registro se triturarán después de ingresar los datos.** Si no desea proporcionar su número de seguro social, nuestra oficina tendrá que mantener la política y cancelar los servicios con nuestros proveedores. Es responsabilidad del paciente (padre/tutor) notificar a esta oficina de cualquier cambio en su información. Esto incluye cambios en su dirección, número de teléfono e información del seguro. Debe proporcionar información demográfica personal actualizada, una copia actual de su tarjeta de seguro, una identificación con foto y el pago de cualquier saldo pendiente por cada visita. **** Tenga en cuenta: Se tomará una imagen en vivo en la primera visita con fines de identificación.**

Tarifas y pagos

Las tarifas de WHAS se basan en estándares comunitarios razonables y habituales. Las tarifas se basan en la complejidad médica del servicio prestado. Hay muchos factores que deben ser tenidos en cuenta por el proveedor a la hora de seleccionar los códigos de procedimiento adecuados para reflejar con precisión los servicios prestados. Haremos todo lo posible para proporcionarle una estimación precisa de su obligación financiera. Sin embargo, debido a la complejidad de la información que debe tenerse en cuenta, el monto final de su obligación financiera solo se puede determinar después de que el proveedor haya proporcionado una cuenta completa de los servicios prestados y, si corresponde, su compañía de seguros haya procesado cualquier reclamo relacionado con esos servicios. WHASN requiere el pago de la responsabilidad estimada del paciente en el momento de su visita. Esto incluye copagos, coseguros, deducibles y servicios no cubiertos. WHASN acepta efectivo, tarjeta de crédito y tarjeta

de débito. No se aceptan cheques en las oficinas de los proveedores. **Los pagos de los pacientes se aplicarán al saldo más antiguo, independientemente de la fecha de pago.**

Seguro

Women's Health Associates of Southern Nevada, como cortesía, presentará un reclamo de seguro ante su compañía de seguros principal. Para facturar correctamente a su seguro, debe divulgar toda la información de la cobertura del seguro médico. Esto incluye cualquier cobertura de seguro proporcionada bajo la póliza de un padre o cónyuge. El hecho de no proporcionar información completa y precisa sobre todas las pólizas de seguro actuales resultará en la responsabilidad del paciente por toda la factura. No todos los servicios son un beneficio cubierto en todas las pólizas de seguro. Usted es responsable de conocer y comprender los beneficios, limitaciones y exclusiones de su póliza. Usted es responsable de verificar si el proveedor que consulta tiene un contrato con su plan de seguro. También es responsable de obtener una referencia o autorización previa antes de ver a nuestros proveedores, si así lo requiere su plan de seguro. Nuestra oficina solo obtendrá autorización para los servicios prestados por un proveedor de WHASN. Si su compañía de seguros niega el pago de los servicios prestados por nuestra oficina, como fuera de la red, cosméticos, beneficios agotados, experimentales, sin referencias, o debido a la información inexacta o incompleta que proporciona, usted será financieramente responsable de toda la factura.

Firma del Paciente/Tutor:

Fecha:

Cobertura de Medicaid

La cobertura de Medicaid se ofrece a través del gobierno federal a aquellos que califican. El gobierno requiere que los servicios se facturen a Medicaid como la última opción de cobertura. Esto significa que el paciente debe proporcionar tanto a Medicaid como al proveedor toda la información de cobertura médica antes de que se presten los servicios. Esto incluye cobertura a través de pólizas de empleador, cónyuge, padres o privadas. Usted no tiene la opción de usar Medicaid como su cobertura de seguro principal (primera), cuando está cubierto por cualquier otra póliza de seguro médico. Esta regla se aplica incluso si la otra póliza de seguro no cubre todos los servicios que se brindan. Es muy importante que proporcione al consultorio del proveedor información completa sobre la cobertura del seguro. El hecho de no proporcionar la información requerida resultará en que usted sea financieramente responsable de los servicios prestados.

Firma del Paciente/Tutor:

Fecha:

Pago por cuenta propia

Si el paciente no tiene seguro, se le puede proporcionar un precio de pago en efectivo por la visita al consultorio. Es posible que se requiera que los pacientes paguen la visita en su totalidad antes de ser atendidos. Tenga en cuenta que los precios cotizados para las visitas de pago en efectivo son solo para la visita y, según un tipo de visita en particular, cualquier servicio adicional realizado puede aumentar el monto adeudado (es decir, anual vs. anual con el problema son tarifas diferentes). Cualquier prueba adicional (laboratorios, cultivos, pruebas de Papanicolaou, ecografías, etc.) tendrá un cargo adicional.

Firma del Paciente/Tutor:

Fecha:

Tenga en cuenta: Cada visita se documenta en su registro médico y el proveedor realiza un diagnóstico. Los diagnósticos se realizan en base a la información médica, no a la cobertura de las compañías de seguros. Solicitar un cambio de diagnóstico con el único propósito de asegurar el reembolso de una compañía de seguros es inapropiado y se considera fraude de seguros. Si bien un paciente tiene derecho a solicitar una enmienda a su historial, todos los servicios se facturarán de acuerdo con la documentación del proveedor.

Saldos de Cuenta/Saldos Morosos

Se espera que el pago se realice en el momento en que se prestan los servicios. En algunas circunstancias, puede haber obligaciones financieras adicionales que no se conocían en el momento de su visita. En estas circunstancias, le enviaremos una declaración a la dirección proporcionada en su formulario de registro de paciente. Debe enviar el pago, en su totalidad, dentro de los 15 días posteriores a la fecha del estado de cuenta original. Si no puede pagar el saldo de la cuenta en su totalidad, puede solicitar la aprobación de un acuerdo de pago mensual aceptable. Si no paga el saldo total de su cuenta dentro de los 45 días, o no asegura y mantiene un acuerdo de pago mensual aprobado, su cuenta se considerará en mora. Una vez que su cuenta esté en estado de morosidad, se procesará y se asignará al Departamento de Cuentas Vencidas o se colocará en una agencia de cobro externa autorizada. Esto resultará en cargos por pago atrasado de hasta un cargo adicional del 50% del saldo de su cuenta. Una vez que su cuenta se asigna al Departamento de Cuentas Vencidas o a una agencia de cobranza, no podemos reducir ni eliminar los cargos por pago atrasado. Usted es financieramente responsable de todo el saldo de su cuenta, así como de todos los cargos por pagos atrasados, todos los honorarios de abogados y todos los honorarios legales incurridos, en un intento de cobrar el saldo de su cuenta morosa. Tenga en cuenta que, a discreción del centro de atención, la cuenta morosa puede ser motivo de expulsión automática de la práctica. Otros centros de atención de WHASN también pueden usar su discreción para proporcionar o no proporcionar servicios en el futuro.

Créditos de cuenta

Debido a que solo podemos estimar su responsabilidad financiera por los servicios prestados por WHASN, existe la posibilidad de que tenga crédito como paciente después de que su seguro haya procesado las reclamaciones presentadas. Es muy importante que revise la explicación de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) que recibirá de su compañía de seguros. Proporcionará información detallada sobre su responsabilidad financiera final por los servicios prestados por WHASN. **Si, después de revisar la EOB, cree que tiene un crédito adeudado, comuníquese con la oficina de facturación para que podamos revisar su cuenta y procesar un reembolso por cualquier crédito restante en su cuenta.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para comprender la EOB que recibe, puede ponerse en contacto con el departamento de facturación para obtener ayuda.

Visitas al consultorio

Usted está obligado a pagar cualquier copago, coseguro o deducible que pueda aplicarse a su visita al consultorio. Los servicios adicionales realizados (ultrasonidos, biopsias, cultivos, laboratorios, inyecciones, etc.) durante su visita al consultorio no están incluidos en la tarifa de la visita al consultorio. Usted es responsable del pago de los servicios adicionales prestados.

Procedimientos quirúrgicos

Se requieren depósitos para la cirugía y deben pagarse antes de su visita preoperatoria. El depósito consiste en su deducible (si no se cumple) y su copago o coseguro. Debe comunicarse con el consultorio del proveedor antes de su visita preoperatoria para analizar la cantidad esperada.

Atención obstétrica

El pago de los servicios obstétricos se efectúa individualmente. Se le proporcionará un Acuerdo Financiero Obstétrico (también conocido como Contrato OB). En el acuerdo se explicarán los servicios incluidos en la tarifa obstétrica y los servicios no incluidos. También proporcionará una estimación de su obligación financiera en función de los beneficios de su seguro y cuándo se requiere el pago.

Servicios de Laboratorio

Su médico puede ordenar servicios de laboratorio para ayudar a diagnosticar su afección o como atención preventiva para determinar su estado de salud actual. Los centros de atención de WHASN pueden utilizar el Laboratorio Central de WHASN para el pedido y procesamiento de muestras y/o cultivos; Sin embargo, es posible que los beneficios de su seguro no cubran todos los servicios proporcionados u ordenados por el proveedor. Esto incluye pruebas de Papanicolaou, pruebas de enfermedades de transmisión sexual, pruebas de detección y diagnóstico, pruebas genéticas y pruebas de detección de drogas. En algunos casos, estos servicios pueden aplicarse a su deducible anual o no estar cubiertos. Es responsabilidad del paciente conocer la cobertura, limitaciones y exclusiones de su póliza de seguro. Si sabe que su seguro no cubrirá el procesamiento de laboratorio a menos que pase por una compañía de laboratorio específica, o si tiene una preferencia sobre la compañía de laboratorio que le gustaría usar, notifique al personal de la oficina de su preferencia de laboratorio y/o la de su seguro. Tenga en cuenta que si desea hablar sobre los resultados de laboratorio, es posible que deba programar una cita y que esta cita también puede requerir costos de visita adicionales (con tarifas de pago por cuenta propia o copago).

Cheques devueltos

La Oficina Central de Facturación (CBO, por sus siglas en inglés) de WHAS acepta cheques como pago en una cuenta. En el caso de que el banco devuelva un cheque por "fondos insuficientes", "cuenta cerrada", "devolución al fabricante", "cheque anulado", "detención de pago" y/o "firma no autorizada", se aplicará una tarifa de \$ 25.00 a su cuenta. Podemos optar por proceder con acciones legales que resultarán en tarifas adicionales para usted o el garante de la cuenta. Usted es responsable de las tarifas adicionales.

Devoluciones de cargo de tarjetas de crédito

Te animamos a que te pongas en contacto con nosotros directamente si tienes alguna duda sobre los pagos antes de iniciar una devolución de cargo con tarjeta de crédito, ya que nos comprometemos a resolver los problemas al nivel más mínimo. En el caso de una devolución de cargo con tarjeta de crédito, nos reservamos el derecho de cobrar una tarifa mínima de \$ 35.00 por transacción, y la tarifa se pagará después de que se procese la devolución de cargo. Esta tarifa es independiente del monto en disputa y es para los costos administrativos asociados con el manejo de la devolución de cargo con el emisor de la tarjeta.

Política de Cancelación / No Show

Si es necesario cancelar su cita programada, le solicitamos que nos notifique al menos 48 horas antes de la cita. La falta de presentación en el momento de una cita programada se registrará como "no presentación". *Un "no show" es alguien que pierde una cita sin cancelarla al menos 48 horas antes de la hora programada de la cita.* Además de ser marcado como no presentado, el hecho de no notificar a nuestra oficina dentro del período de 48 horas también resultará en una tarifa de "no presentación", que puede **variar según el tipo de cita para la que esté programado**

(es decir, visita regular, ultrasonido, procedimiento, etc.). Si tiene preguntas sobre las tarifas que se cobrarán, comuníquese con el centro de atención para obtener más información.

FMLA / Formularios de Incapacidad

FMLA - Habrá un cargo por cada formulario de FMLA/discapacidad/firma completada por esta oficina. El pago vence en el momento en que se envía el formulario. Tenga en cuenta que el cargo no es reembolsable en caso de que el paciente cambie de opinión. Todos los formularios de FMLA/discapacidad son completados por el personal de la oficina. Es posible que exista la opción de acelerar el papeleo, pero tenga en cuenta que se deben pagar tarifas adicionales por completar el formulario acelerado. Tenga en cuenta: La documentación del proveedor en su historia clínica sirve como base de todos los formularios de FMLA/discapacidad y no puede ser mejorada por usted o el personal del consultorio.

Es importante que comprenda la diferencia entre los formularios FMLA y los formularios de discapacidad. Los formularios de discapacidad solo se pueden completar después de que el proveedor haya determinado que el paciente tiene una condición médica que justifica que el paciente esté fuera del trabajo. Los síntomas normales durante el embarazo (náuseas, vómitos, dolores de cabeza, hinchazón, dolor/presión pélvica) no suelen calificar como una discapacidad médica. Si tiene preguntas sobre los montos que se cobrarán o los plazos para completar estos formularios, comuníquese con el centro de atención para obtener estos detalles.

Cartas de la Embajada

WHASN entiende la importancia de contar con el apoyo de la familia después de los partos y las cirugías. Nos complace proporcionar una carta solicitando la aprobación para que un miembro de la familia viaje a los Estados Unidos para ayudarlo durante su período de recuperación. La tarifa para completar una carta a una Embajada es de \$100.00. Una vez que se ha cobrado la tarifa, la tarifa no es reembolsable en caso de que el paciente cambie de opinión.

Pacientes menores de edad

El padre o tutor que acompaña al menor es responsable del pago total de los servicios prestados.

Cesión de beneficios

Por la presente, autorizo y cedo todos los pagos y / o beneficios de seguro por los servicios médicos que se me prestan directamente a Women's Health Associates of Southern Nevada. Por la presente, autorizo a Women's Health Associates of Southern Nevada a divulgar la información médica necesaria para obtener el pago de los servicios prestados por los proveedores de Women's Health Associates of Southern Nevada. **AL FIRMAR ESTE ACUERDO, RECONOZCO QUE HE LEÍDO DETENIDAMENTE Y COMPRENDO COMPLETAMENTE EN SU TOTALIDAD LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE ACUERDO DE POLÍTICA FINANCIERA. ENTIENDO QUE AL FIRMAR ESTE ACUERDO DE POLÍTICA FINANCIERA, ESTOY DE ACUERDO CON LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES PROVISTOS EN ESTE ACUERDO.**

Nombre del paciente

____/____/_____
Fecha de nacimiento

Firma del paciente/Agente de atención médica/Tutor/Familiar

____/____/_____
Fecha



Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ PCP: _____ FECHA: ___/___/___

ANTECEDENTES PERSONALES/MÉDICOS

Ansiedad/Depresión Sí No

Anemia Sí No

Asma/afección pulmonar Sí No

Artritis Sí No

Trastorno hemorrágico Sí No

Problemas intestinales Sí No

Cáncer: _____

Diabetes Sí No

Colesterol elevado Sí No

Endometriosis/SOP Sí No

Enfermedad cardíaca Sí No

Presión arterial alta Sí No

Cefaleas Sí No

Enfermedad renal/cálculos Sí No

Enfermedad hepática/Hepatitis Sí No

Golpe Sí No

Trastorno de la tiroides Sí No

Otro: _____

HISTORIA SOCIAL

Casado/Soltero/Divorciado/Viudo/Separado

Humo: Sí Sin Packs por día: _____

Alcohol: Sí ¿Cuánto? _____

Drogas callejeras: _____

Marihuana: Médico Recreativo

Orientación sexual: _____

ALERGIAS: INCLUYE LA REACCIÓN A LA MEDICACIÓN

HISTORIA GINECOLÓGICA

Última prueba de Papanicolaou: _____ Normal Anormal

Última mamografías: _____ Normal Anormal

Última colonoscopia: _____ Normal Anormal

Última DEXA (ósea): _____ Normal Anormal

¿Tratamiento previo para las pruebas de Papanicolaou anormales?

Colpo Criogénico LEEP Conización N/A

Última menstruación: _____

Edad de la primera menstruación: _____

Los períodos ocurren cada _____ días y duran _____ días

Pesado Coágulos Dolor Calambres Sangrado irregular

Promedio # de toallas sanitarias/tampones usados por día: _____

Menopáusico: Sí No comenzó la Edad: _____

Histerectomía: Sí ¿No cuándo? _____

Quejas de: Dolor en los senos Esterilidad Fibromas Quistes ováricos

Dolor con el coito Infecciones vaginales Pérdida de orina

¿Alguna vez te han diagnosticado alguno de los siguientes síntomas?

Gonorrea Sí No

Clamidia Sí No

Herpes (genital) Sí No

VPH/Verrugas genitales Sí No

Hepatitis B o C Sí No

VIH Sí No

Sífilis Sí No

Número de parejas sexuales (a lo largo de la vida): _____

Método anticonceptivo actual: _____

Método(s) anticonceptivo(s) previo(s): _____

HISTORIAL DE EMBARAZO

Número de abortos espontáneos: _____ Abortos: _____ Ectópicos: _____ Nacidos vivos: _____

Fecha	Edad gestacional	Peso al nacer	Género	Cesárea o vaginal	Trabajo de parto temprano	Complicaciones

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Ablación Fecha: _____

Laparoscopia Fecha: _____

Cirugía de mama Fecha: _____

Extirpación de ovarios Fecha: _____

D&C Fecha: _____

Ligadura Fecha: _____

Histerectomía Fecha: _____

Apendicectomía Cirugía de espalda Intestino Extirpación de fibromas Vesícula biliar Amigdalectomía

Otro: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

Cáncer de mama Sí No Miembro de la familia: _____

Cáncer de ovario Sí Sin miembro de la familia: _____

Cáncer de colon Sí No Miembro de la familia: _____

Otro: _____

MEDICAMENTOS ACTUALES

Haz una lista de todos los medicamentos que tomas diariamente

_____ Dosis: _____ Frecuencia: _____



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA DE PBM

La prescripción electrónica se define como la capacidad de un proveedor de enviar electrónicamente una receta precisa, sin errores y comprensible directamente a una farmacia. El Congreso ha determinado que la capacidad de enviar recetas electrónicamente es un elemento importante para mejorar la calidad de la atención al paciente.

Los datos de beneficios son mantenidos para los proveedores de seguros de salud por organizaciones conocidas como Administradores de Beneficios de Farmacia (PBM). Los PBM son administradores externos de programas de medicamentos recetados cuyas responsabilidades principales son procesar y pagar las reclamaciones de medicamentos recetados. También desarrollan y mantienen formularios, que son listas de medicamentos prescindibles cubiertos por un plan de beneficios de medicamentos en particular.

La Ley de Modernización de Medicare (MMA, por sus siglas en inglés) de 2003 enumeró los estándares que deben incluirse en un programa de recetas electrónicas. Entre ellas se encuentran:

- **Transacciones de formularios y beneficios:** le da al médico información sobre qué medicamentos están cubiertos por el plan de beneficios de medicamentos.
- **Transacciones del historial de medicamentos:** proporciona al proveedor información sobre los medicamentos que el paciente ya está tomando, recetados por cualquier proveedor, para minimizar la cantidad de eventos adversos de medicamentos.

Al firmar este formulario de consentimiento, usted acepta que Women's Health Associates of Southern Nevada puede solicitar y usar su historial de medicamentos recetados de otros proveedores de atención médica y/o pagadores de beneficios de farmacia externos para fines de tratamiento.

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Firma del paciente (o representante): _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Relación (si no es el paciente): _____

Consentimiento denegado: _____ Fecha: ____ / ____ / ____



PORTAL DEL PACIENTE

Proporcionamos un portal del paciente en línea para que la administración de su atención médica sea simple y conveniente. Nuestro portal seguro es un recurso útil para:

- Solicitar horarios de citas
- Pagar saldos de estados de cuenta y facturas
- Solicitar resurtidos de recetas
- Acceda a los formularios del paciente antes de su cita
- Hacer preguntas médicas que no sean de emergencia
- Solicitar los resultados de las pruebas

Todavía agradecemos sus llamadas telefónicas, pero le ofrecemos este servicio como una forma conveniente de comunicarse con su centro de atención. El Portal del Paciente también se puede utilizar para ponerse en contacto con usted.

Complete la información a continuación y le enviaremos una invitación al correo electrónico que nos proporcione. Una vez que recibas el correo electrónico, haz clic en el hipervínculo y sigue las instrucciones para configurar tu cuenta. Asegúrate de marcarnos como remitente seguro para que los correos electrónicos no se filtren en tu carpeta de correo no deseado.

Tenga en cuenta que su nombre y apellido deben reflejar exactamente cómo aparecen en nuestro sistema para activar su cuenta. Si tiene algún problema de inicio de sesión en el futuro, puede solicitar su nombre de usuario y restablecer su contraseña a través del sitio web.

Correo electrónico preferido: _____

Nombre del paciente: _____

(Por favor, escriba en letra de imprenta clara)

Fecha de nacimiento del paciente: ____/____/____



DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

La comunicación de información sobre la atención sanitaria desempeña un papel esencial para garantizar que las personas reciban una atención sanitaria rápida y eficaz. Debido a la naturaleza de estas comunicaciones y a los diversos entornos en los que las personas reciben atención médica, existe la posibilidad de que la información de salud de una persona se divulgue de manera incidental. La Regla de Privacidad de HIPAA permite que ocurran ciertos usos o divulgaciones incidentales de información de salud protegida cuando el proveedor cuenta con salvaguardas razonables y políticas y procedimientos mínimos necesarios para proteger la privacidad de una persona.

Women's Health Associates of Southern Nevada entiende que puede haber ocasiones en las que un paciente necesite hablar sobre su información de salud protegida por teléfono. Como medida de seguridad razonable, se le exige personalmente que seleccione una contraseña para su información médica protegida. Se le pedirá que proporcione la contraseña antes de discutir cualquier parte de su información de salud protegida con nuestro personal por teléfono. En caso de que necesite que un familiar o amigo se comuniquen con nuestra oficina para hablar sobre su información de salud protegida, necesitarán esta contraseña.

Es muy importante que mantengas la integridad de tu contraseña. En caso de que le preocupe haber compartido su contraseña inadvertidamente, comuníquese con nuestra oficina de inmediato para comenzar el proceso de cambio de su contraseña.

Mi contraseña seleccionada personalmente para hablar sobre cualquier información de salud protegida por teléfono es:

(La contraseña debe tener menos de 20 caracteres)

Entiendo que solo puedo cambiar mi contraseña en persona o a través de un enlace seguro enviado a mi teléfono. Además, entiendo que es mi responsabilidad mantener la integridad de mi contraseña seleccionada personalmente. Autorizo la divulgación de mi información médica protegida de la manera mencionada anteriormente.

Nombre del paciente

Paciente/Agente de Atención Médica/Tutor/Familiar

____/____/____
Fecha de Firma



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

I. Nuestro deber de salvaguardar su información médica protegida.

Entendemos que su información médica es personal y confidencial. Tenga la seguridad de que estamos comprometidos a proteger esa información. Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de la información de salud protegida y a proporcionarle este Aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida. Estamos obligados por ley a cumplir con los términos de este Aviso, y nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este Aviso, haciendo que cualquier revisión sea aplicable a toda la información de salud protegida que mantenemos. Si revisamos los términos de este Aviso, publicaremos un aviso revisado y pondremos a disposición copias impresas y electrónicas de este Aviso de Prácticas de Privacidad para la Información de Salud Protegida a pedido. Estamos obligados por ley a notificarle en caso de una violación de su información médica protegida.

En general, cuando divulgamos su información personal, debemos divulgar solo la información necesaria para lograr el propósito del uso o divulgación. Sin embargo, toda su información de salud personal que usted designe estará disponible para su divulgación si firma un formulario de autorización, si solicita la información para usted, a un proveedor con respecto a su tratamiento o debido a un requisito legal. No utilizaremos ni venderemos su información personal con fines de marketing sin su autorización por escrito.

II. Cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida.

Para usos y divulgaciones relacionados con el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica, no necesitamos una

autorización para usar y divulgar su información médica:

Para tratamiento: Podemos divulgar su información médica a médicos, enfermeras y otro personal de atención médica que esté involucrado en la prestación de su información de atención médica. Podemos usar su información médica para brindarle tratamiento o servicios médicos. Por ejemplo, es posible que su médico le esté brindando tratamiento para un problema cardíaco y necesite asegurarse de que no tenga ningún otro problema de salud que pueda interferir. El médico puede usar tu historia clínica para determinar qué método de tratamiento (como un medicamento o una cirugía) es mejor para ti. Su información médica también puede ser compartida entre los miembros de su equipo de tratamiento o con su(s) farmacéutico(s).

Para obtener el pago: Podemos usar y/o divulgar su información médica para facturar y cobrar el pago de sus servicios de atención médica o para obtener permiso para un plan de tratamiento anticipado. Por ejemplo, para que Medicare o una compañía de seguros paguen su tratamiento, debemos presentar una factura que lo identifique a usted, sus diagnósticos y los servicios que se le brindan. Como resultado, pasaremos este tipo de información de salud a una aseguradora para ayudar a recibir el pago de sus facturas médicas.

Para operaciones de atención médica:

Podemos usar y/o divulgar su información médica en el curso de la operación de nuestra práctica. Por ejemplo, podemos usar su información médica para evaluar la calidad de los servicios prestados o divulgar su información médica a nuestro contador o abogado con fines de auditoría. Además, a menos que usted se oponga, podemos usar su información de salud para enviarle recordatorios de citas o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios relacionados con la salud que puedan

ser de su interés. Por ejemplo, podemos revisar su expediente médico para determinar la fecha y la hora de su próxima cita con nosotros, y luego enviarle un recordatorio para ayudarlo a recordar. O bien, podemos analizar su información médica y decidir que otro tratamiento o un nuevo servicio que ofrecemos puede interesarle.

También podemos usar y/o divulgar su información médica de acuerdo con las leyes federales y estatales para los siguientes propósitos:

- Podemos divulgar su información médica a las fuerzas del orden u otras funciones gubernamentales especializadas en respuesta a una orden judicial, citación, orden judicial, citación o proceso similar.
- Podemos divulgar información médica cuando una ley requiere que reportemos información sobre sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica, o en relación con sospechas de actividades delictivas, o en respuesta a una orden judicial. También debemos divulgar información médica a las autoridades que supervisan el cumplimiento de estos requisitos de privacidad.
- Podemos divulgar información médica cuando se nos requiera recopilar información sobre enfermedades o lesiones, o para informar estadísticas vitales a la autoridad de salud pública. También podemos divulgar información médica a la agencia de protección y defensa, u otra agencia responsable de monitorear el sistema de atención médica para fines tales como informes o investigaciones de incidentes inusuales.
- Podemos divulgar información médica relacionada con la muerte de una persona a médicos forenses, médicos forenses o directores de funerarias, y a organizaciones de obtención de órganos relacionadas con donaciones o trasplantes de órganos, ojos o tejidos.
- En ciertas circunstancias, podemos divulgar información médica para ayudar a la investigación médica/psiquiátrica.
- Con el fin de evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad, podemos divulgar información médica a las fuerzas del orden unas

otras personas que puedan prevenir o disminuir razonablemente la amenaza de daño, o para ayudar con la coordinación de los esfuerzos de socorro en caso de desastre.

- Si personas como familiares, parientes o amigos personales cercanos están involucrados en su cuidado o le ayudan a pagar sus facturas médicas, podemos divulgar información médica importante sobre su ubicación, estado general o muerte.
- Podemos divulgar su información médica según lo autorice la ley en relación con la compensación laboral o programas similares.
- Podemos divulgar su información médica en el curso de ciertos procedimientos judiciales o administrativos.

Otros usos y divulgaciones de su información médica:

Intercambio de información de salud del estado: Podemos hacer que su información de salud esté disponible electrónicamente para otros proveedores de atención médica fuera de nuestras instalaciones que estén involucrados en su atención.

Intercambio de historias clínicas electrónicas del paciente: Podemos hacer que su información de salud esté disponible electrónicamente para otros proveedores de atención médica fuera de nuestras instalaciones que estén involucrados en su atención.

Alternativa de tratamiento: Es posible que le proporcionemos un aviso sobre las opciones de tratamiento o los servicios relacionados con la salud que mejoran su salud en general.

Recordatorios de citas: Es posible que nos comuniquemos con usted para recordarle sobre próximas citas o tratamientos.

Los siguientes usos y divulgación de la PHI requieren su autorización por escrito:

- Comercialización
- Divulgaciones para cualquier propósito que requiera la venta de su información
- Publicación de notas de psicoterapia: Las notas de psicoterapia son las notas de un profesional

de la salud mental con el fin de documentar una conversación durante una sesión privada. Esta sesión puede ser individual o grupal. Estas notas se mantienen separadas del resto de la historia clínica y no incluyen; medicamentos y cómo le afectan, hora de inicio y finalización de las sesiones, tipos de tratamientos proporcionados, resultados de la prueba, diagnóstico, plan de tratamiento, síntomas, pronóstico.

Otros usos y divulgaciones de PHI que no estén cubiertos por este Aviso, o por las leyes que se aplican a nosotros, se realizarán solo con su autorización por escrito. Si usted da permiso para usar o divulgar su información médica, puede revocar ese permiso, por escrito, en cualquier momento. Usted comprende que no podemos retirar ninguna divulgación que ya hayamos realizado con su permiso, y que estamos obligados a conservar nuestros registros de la atención que le brindamos.

III. Sus derechos con respecto a su información médica.

Usted tiene varios derechos con respecto a su información de salud. Si desea ejercer alguno de estos derechos, comuníquese con nuestro Departamento de Registros Médicos en nuestra oficina. En concreto, tiene los siguientes derechos:

Derecho a solicitar restricciones: Usted tiene derecho a solicitar que limitemos la forma en que usamos o divulgamos su información médica. Requerimos que cualquier solicitud de uso o divulgación de información médica se haga por escrito. La notificación por escrito debe enviarse a la atención del Gerente de la Oficina a la práctica y dirección indicadas en el encabezado de esta Notificación. Consideraremos su solicitud, pero en algunos casos, no estamos legalmente obligados a aceptar estas solicitudes. Sin embargo, si estamos de acuerdo con ellas, cumpliremos con estas restricciones. Siempre le notificaremos nuestras decisiones con respecto a las solicitudes de restricción por escrito. No le preguntaremos el motivo de su solicitud. Por ejemplo, en el caso de los servicios que usted solicita que no se presente ninguna reclamación de seguro y por los que paga de forma privada, tiene derecho a restringir las divulgaciones de estos servicios por los que pagó de su bolsillo.

Tiene derecho a solicitar que le enviemos información a una dirección alternativa o por medios alternativos. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea que nos comuniquemos con usted. Tiene derecho a optar por no recibir comunicaciones con fines de recaudación de fondos.

Derecho de acceder, inspeccionar y copiar:

Con algunas excepciones (como notas de psicoterapia o información recopilada para procedimientos judiciales), usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información médica protegida si presenta su solicitud por escrito. Si denegamos su acceso, le daremos por escrito las razones de la denegación y le explicaremos cualquier derecho a que se revise la denegación. Es posible que le cobremos una tarifa razonable si desea una copia de su información de salud. Tiene derecho a elegir qué partes de su información desea copiar y a tener información previa sobre el costo de la copia. Se requiere el consentimiento antes del uso o divulgación de las notas de psicoterapia de una persona o el uso de la PHI de la persona con fines de marketing.

Derecho a enmendar: Si cree que hay un error o falta información en nuestro registro de su información médica, puede solicitar que lo corrijamos o lo agreguemos al registro. Su solicitud debe ser por escrito y dar una razón de por qué su información de salud debe ser cambiada. Cualquier denegación indicará las razones de la denegación y explicará sus derechos a que la solicitud y la denegación, junto con cualquier declaración en respuesta que proporcione, se adjunte a su información médica. Si aprobamos la solicitud de modificación, modificaremos la información médica y así se lo informaremos.

Derecho a un informe de las divulgaciones: En algunas circunstancias limitadas, usted tiene derecho a solicitar una lista de las divulgaciones de su información de salud que hemos realizado durante los seis años anteriores. La lista no incluirá las divulgaciones que se le hayan hecho; para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, para los cuales usted firmó una autorización o por otras razones por las que no estamos obligados a mantener un registro de divulgaciones. No se cobrará por hasta una lista de este tipo cada año. Es posible que haya un cargo por solicitudes más frecuentes.

Derecho a una copia impresa de este Aviso:

Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este Aviso y/o una copia electrónica de nuestro sitio web. Si ha recibido una copia electrónica, le proporcionaremos una copia impresa del Aviso si lo solicita.

IV. Nuestras responsabilidades:

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una violación que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y entregarle una copia del mismo.
- No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita aquí, a menos que nos lo indique por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento y notificarnos por escrito.

V. Fecha de entrada en vigor:

Este aviso entró en vigor el 13 de diciembre de 2022.
Policy NVCOM-019.00.a01

Preguntas y quejas:

Si desea obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o inquietudes, le recomendamos que se comuniquen con nosotros.

Si cree que podemos haber violado sus derechos de privacidad, o no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su información médica, le recomendamos que hable o escriba a nuestro Oficial de Privacidad.

Si tiene preguntas sobre este Aviso o alguna queja sobre nuestras prácticas de privacidad, comuníquese con:

Oficina del Oficial de Privacidad y Seguridad de HIPAA
8906 Spanish Ridge Avenue Suite 202
Las Vegas, NV 89148
Teléfono: (702) 577-1622

También puede presentar una queja por escrito ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. en la oficina de la Región IV de la Oficina de Derechos Civiles.

Operaciones centralizadas de gestión de casos Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

200 Independence Avenue, S.W.
Sala 509F HHH Bldg. Washington, D.C. 20201
Enviar un correo electrónico a
OCRComplaint@hhs.gov

No tomaremos represalias contra usted si presenta quejas, ya sea ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos. Apoyamos su derecho a la privacidad de su información médica.



ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Por la presente reconozco que he recibido de WHASN una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de WHASN. Entiendo que el Aviso de Prácticas de Privacidad establece mis derechos relacionados con el uso y la divulgación de mi información de salud personal y explica cómo WHASN puede usar y divulgar mi información de salud personal tanto con como sin mi autorización. Además, entiendo que puedo comunicarme con el Oficial de Privacidad de WHASN, el Presidente de WHASN, si tengo alguna pregunta sobre el contenido de este Aviso o para presentar una queja.

Nombre del paciente

Paciente/Agente de Atención Médica/Tutor/Familiar

____/____/_____
Fecha de Firma



NOTIFICACIÓN AL PACIENTE DE LA DISPONIBILIDAD DE DIRECTIVAS ANTICIPADAS

Es política de Women's Health Associates of Southern Nevada informar a los pacientes sobre la disponibilidad de un formulario de instrucciones anticipadas. Se alienta a los pacientes a tomar decisiones informadas sobre la atención y los servicios al final de la vida. Women's Health Associates of Southern Nevada alienta a los pacientes a informarse sobre las opciones de atención y servicios al final de la vida. Implemente planes para asegurarse de que se cumplan sus deseos. Se le anima a que hable de sus decisiones con su familia, amigos y proveedores de atención médica.

- Sí, tengo una Directiva Anticipada de Atención Médica/Testamento Vital.
- No, no tengo una Directiva Anticipada de Atención Médica/Testamento Vital.
- Me gustaría recibir información adicional sobre las Directivas Anticipadas de Atención Médica.

Nombre del paciente

Tabla del paciente #

Paciente/Agente de Atención Médica/Tutor/Familiar

____/____/_____
Fecha de Firma



AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del paciente	Fecha de Nacimiento	Número de historia clínica
Dirección del paciente	Ciudad	Estado/Código Postal

Yo, o mi representante autorizado, solicito que la información de salud con respecto a mi atención médica y tratamiento como se indica en este formulario:

De acuerdo con la Ley del Estado de Nevada y la Regla de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA), entiendo que:

1. Esta autorización puede incluir la divulgación de información relacionada con el **ABUSO DE ALCOHOL Y DROGAS, tratamiento de salud mental, PRUEBAS GENÉTICAS E INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON EL VIH** solo si coloco mis iniciales en la línea apropiada en el punto 6 (a). En el caso de que la información de salud descrita a continuación incluya cualquiera de estos tipos de información, y pongo mis iniciales en la línea de la casilla en el punto 6(a), autorizo específicamente la divulgación de dicha información a la(s) persona(s) indicada(s) en el punto 6(d).
2. Si autorizo la divulgación de información relacionada con el alcohol, el abuso de drogas, el tratamiento de salud mental, las pruebas genéticas o la información relacionada con el VIH, el destinatario tiene prohibido volver a divulgar dicha información sin mi autorización, a menos que la ley federal o estatal lo permita. Entiendo que tengo el derecho de solicitar una lista de personas que pueden recibir o usar mi información relacionada con el VIH sin mi autorización. Si sufro discriminación debido a la divulgación de información relacionada con el VIH o creo que mi información de salud personal ha sido divulgada sin mi consentimiento, puedo comunicarme con el Fiscal General de Nevada al 775-684-1108 o con la Oficina Regional de Derechos Civiles de la Región IX al 800-368-1019. Estas agencias son responsables de proteger mis derechos.
3. Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento escribiendo al proveedor de atención médica que se indica a continuación. Entiendo que puedo revocar esta autorización, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas basadas en esta autorización. Además, entiendo que si estoy autorizando la divulgación de mi información de salud al proveedor de atención que se enumera a continuación para solicitar el pago de la atención médica que se me brindó, no puedo revocar la autorización en la medida en que los registros sean necesarios para garantizar el pago de estos servicios.
4. Entiendo que la firma de esta autorización es voluntaria. Mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para beneficios no estarán condicionados a mi autorización de esta divulgación.
5. La información divulgada en virtud de esta autorización puede ser redivulgada por el destinatario (excepto como se indica anteriormente en el punto 2), y es posible que esta nueva divulgación ya no esté protegida por la ley federal o estatal.
6. **ESTA AUTORIZACIÓN NO LO AUTORIZA A DISCUTIR MI INFORMACIÓN DE SALUD O ATENCIÓN MÉDICA CON NADIE QUE NO SEA EL ABOGADO, AGENCIA GUBERNAMENTAL, PROVEEDOR, PERSONA O ENTIDAD ESPECIFICADA EN EL PUNTO 6(B).**

6 a) Información específica que debe divulgarse:

Registros médicos (notas de consultorio, estudios de radiología, resultados de laboratorio) desde:

____/____/____ hasta ____/____/____

Registros médicos (notas del consultorio, estudios de radiología, resultados de laboratorio) solo del último año.

Últimas 4 pruebas de Papanicolaou Últimas 4 mamografías Últimas 4 exploraciones DEXA

Registros médicos completos, incluidos los historiales de los pacientes, las notas del consultorio (excepto las notas de psicoterapia), los resultados de exámenes, los estudios de radiología, las películas, las referencias, las consultas, los registros de facturación, los registros de seguros y los registros recibidos de otros proveedores de atención médica.

Registros confidenciales solicitados: (Indicar con iniciales) _____ **información relacionada con el VIH**

_____ **Tratamiento de alcohol/drogas** _____ **información de salud mental** _____ **información genética**

Autorización para hablar sobre la información de salud

6(b) Al poner mis iniciales here _____ autorizo a _____ a discutir mi información de salud con mi abogado, agencia gubernamental, otro proveedor de atención o la persona (s) que se enumeran a continuación:

6(c) Autorización de la divulgación de registros de (proveedor/centro): _____

6(d) Entregar los registros a: _____
Nombre del proveedor de atención médica/seguro/otro

6(e) Dirección para enviar registros postales: _____ Enviar registros a: _____

7. Motivo de la divulgación de la información: Transferencia de atención médica Proveedor de atención primaria
 Proveedor de consultoría Registros personales Elegibilidad/beneficios del seguro Mudanza fuera del estado
 Investigación legal Other _____

8. Si no es el paciente, nombre de la persona que firma el formulario:

9. Autoridad para firmar en nombre del paciente:

10. Fecha de vencimiento de la autorización: ____/____/____ Evento de vencimiento de la autorización: _____

(Si no se selecciona ninguna fecha o evento de vencimiento, la autorización vencerá en un (1) año)

Todos los elementos de este formulario se han completado y mis preguntas sobre este formulario han sido respondidas. Además, se me ha proporcionado una copia del formulario. Además, entiendo que puede haber una tarifa de copia de 0.60 centavos por página.

_____/_____/_____
Firma del paciente o representante autorizado por la ley _____/_____/_____
Fecha

Los siguientes formularios no son parte de nuestro paquete para pacientes nuevos. No es necesario que los llene a menos que sean pertinentes para su atención.



AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Yo, _____, por la presente autorizo a Women's Health Associates of Southern Nevada, PLLC a usar y / o divulgar una copia de mis registros médicos que contengan información de salud de identificación individual como se describe a continuación. Entiendo que esta autorización es voluntaria. Entiendo que esta divulgación puede incluir información relacionada con el VIH, salud mental o abuso de sustancias. También entiendo que, si la organización autorizada para recibir la información no es un proveedor de atención médica o un plan de salud, es posible que la información divulgada ya no esté protegida por las leyes de privacidad estatales o federales o por esta autorización.

Persona/organización que proporciona la información:

Nombre del paciente o representante:

Persona/organización autorizada para recibir la información:

Descripción específica y significativa de la información que se utilizará y/o divulgará (como fechas de servicio o tratamiento, tipo de servicio o tratamiento, nivel de detalle que se divulgará u origen de la información):

Esta información médica está siendo utilizada y/o divulgada para los siguientes propósitos:

("A petición del individuo" es suficiente si la solicitud es hecha por el paciente y el paciente no quiere declarar un propósito específico).

Esta Autorización permanecerá válida y en vigor hasta que:

A) (MM/DD/AÑO): _____/_____/_____ O

B) Ocurre el evento que se relaciona con el uso y/o divulgación y esta Autorización ya no es necesaria.
Este evento de expiración es:

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento enviando una notificación por escrito al Oficial de Privacidad. Entiendo que una revocación no es efectiva en la medida en que mi proveedor se haya basado en el uso o la divulgación de la información médica protegida o si mi autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro y el asegurador tiene el derecho legal de impugnar un reclamo.

También entiendo que mi proveedor no condicionará mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para los beneficios (si corresponde) a si doy autorización para el uso o divulgación solicitados, excepto (1) si mi tratamiento se libera para investigación o (2) si los servicios de atención médica se me brindan únicamente con el propósito de crear información de salud protegida para divulgarla a un tercero.

Nombre del paciente

_____/_____/_____
Paciente/Agente de Atención Médica/Tutor/Familiar Fecha de Firma

Descripción de la autoridad del representante personal

SE DEBE ENTREGAR AL PACIENTE UNA COPIA FIRMADA DE ESTA AUTORIZACIÓN.



SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE MI EXPEDIENTE MÉDICO

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono: _____

Después de una revisión de mi expediente médico, no creo que la documentación original realizada por Women's Health Associates of Southern Nevada, PLLC refleje de manera precisa y correcta mi tratamiento, condición o diagnóstico en la siguiente fecha ____ / ____ / ____ y, por lo tanto, mi registro médico debe complementarse y corregirse con información aclaratoria.

Entiendo que mi médico o proveedor de atención médica puede o no complementar o corregir mi registro con un anexo a mi registro médico basado en esta solicitud. Entiendo que mi médico o proveedor de atención médica no está autorizado a alterar el registro médico original. Entiendo que mi solicitud de enmienda se convertirá en una parte permanente de mi expediente médico y se enviará con cualquier solicitud futura autorizada para mi expediente médico.

Entiendo que, si WHASN niega mi solicitud de enmienda a mi expediente médico, tengo la oportunidad de proporcionar una declaración de desacuerdo para impugnar la denegación de mi solicitud.

La razón por la que solicito una enmienda es la siguiente:

Nombre del paciente

Firma del paciente/Agente de atención médica/Tutor/Familiar

____ / ____ / ____
Fecha

Descripción de la autoridad del representante personal



SOLICITUD DE UN INFORME DE LAS DIVULGACIONES DE MI EXPEDIENTE MÉDICO

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono: _____

Entiendo que tengo derecho a solicitar un informe de ciertas divulgaciones de mi historial médico realizadas por Women's Health Associates of Southern Nevada, PLLC.

En la medida en que corresponda, solicito un informe de las divulgaciones de mis registros médicos realizadas por WHASN durante el siguiente período de tiempo:

____ / ____ / ____ Para ____ / ____ / ____
MM/DD/AA MM/DD/AA

El plazo solicitado no podrá ser superior a seis años antes de la fecha de la solicitud.

Nombre del paciente

Firma del paciente/Agente de atención médica/Tutor/Familiar

____ / ____ / ____
Fecha

Descripción de la autoridad del representante personal



SOLICITUD DE COMUNICACIONES CONFIDENCIALES DE MI EXPEDIENTE MÉDICO

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono: _____

Solicito recibir comunicaciones respecto a la información contenida en mi expediente médico de acuerdo a los siguientes medios: (Marque y complete la opción correspondiente).

- Solicito que, cuando sea razonable, la información relacionada con mi tratamiento en WHASN se envíe por correo regular a la siguiente dirección:

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

- Solicito que, cuando sea razonable, se me comunique la información relativa a mi tratamiento en WHASN utilizando el siguiente número de teléfono: _____

- Solicito que, cuando sea razonable, la información relacionada con mi tratamiento en WHASN me sea comunicada utilizando el siguiente número de fax (fax): _____

- Solicito que, cuando sea razonable, la información relativa a mi tratamiento en WHASN me sea comunicada de acuerdo con el siguiente método*:

** Si desea que sus registros médicos se envíen por correo electrónico, cifraremos el mensaje; sin embargo, con esta solicitud, usted reconoce, como se indica con la firma a continuación, que WHASN no es responsable de ninguna violación de seguridad, en caso de que su correo electrónico, teléfono, computadora, etc., se vea comprometido.*

Usted exime a WHASN de toda responsabilidad por todos y cada uno de los daños que se produzcan.

Entiendo que no todas las solicitudes de comunicación confidencial pueden ser atendidas por la práctica debido a las limitaciones en las capacidades de la práctica.

Nombre del paciente

Firma del paciente/Agente de atención médica/Tutor/Familiar

____/____/____
Fecha

Descripción de la autoridad del representante personal



SOLICITUD DE RESTRICCIONES SOBRE EL USO Y/O DIVULGACIÓN DE MI EXPEDIENTE MÉDICO

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono: _____

Entiendo que tengo derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y/o divulgaciones de mi expediente médico por parte de Women's Health Associates of Southern Nevada, PLLC.

Solicito que se restrinja el uso y/o divulgación de mi expediente médico de la siguiente manera:

Entiendo que WHASN puede denegar esta solicitud en su totalidad o en parte basándose en el juicio profesional de WHASN.

Si se concede esta solicitud de restricciones sobre ciertos usos y/o divulgaciones de mi historial médico, en su totalidad o en parte, entiendo que puedo cancelar esta restricción en cualquier momento notificando a WHASN. También entiendo que WHASN puede terminar esta restricción en cualquier momento después de que WHASN me notifique de la terminación.

Nombre del paciente

Firma del paciente/Agente de atención médica/Tutor/Familiar

____ / ____ / ____
Fecha

Descripción de la autoridad del representante personal



REVOCACIÓN DE MI AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Yo, _____ (nombre del paciente), por la presente revoco mi autorización anterior de _____ / ____ / ____ (fecha de autorización) que anteriormente permitía a Women's Health Associates of Southern Nevada, PLLC usar y/o divulgar una copia de mis registros médicos que contiene información de salud de identificación individual.

Nombre del paciente

Firma del paciente/Agente de atención médica/Tutor/Familiar

_____/_____/_____
Fecha

Descripción de la autoridad del representante personal



CONSENTIMIENTO PARA OBTENER, RETENER O DIVULGAR INFORMACIÓN GENÉTICA EN NEVADA

Tal como se utiliza en este documento, "información genética" significa cualquier información que se obtenga de una prueba genética.

1. Entiendo que ninguna aseguradora o corporación que proporcione seguro de salud, aseguradora que preste servicios a pequeños empleadores u organización de mantenimiento de la salud puede:
 - (a) Exigirme a mí o a cualquier miembro de mi familia que me haga una prueba genética;
 - (b) Exigirme que revele si yo o algún miembro de mi familia me hemos hecho una prueba genética;
 - (c) Solicitar mi información genética o la información genética de un miembro de mi familia; o
 - (d) Determinar las tarifas o cualquier otro aspecto de la cobertura o los beneficios de atención médica para mí o mi familia en función de si yo o cualquier miembro de mi familia nos hemos sometido a una prueba genética o en función de mi información genética o la información genética de cualquier miembro de mi familia.
2. También entiendo que:
 - (a) Tengo derecho a recibir los resultados de una prueba genética, por escrito, dentro de los 10 días hábiles posteriores a que la persona que realiza la prueba haya recibido los resultados. Los resultados escritos deben indicar que, salvo que se disponga lo contrario en el capítulo 629 de NRS, mi información genética no puede obtenerse, retenerse o divulgarse sin obtener primero mi consentimiento informado.
 - (b) Es ilegal que una persona o entidad obtenga mi información genética sin mi consentimiento informado, a menos que la información se obtenga:
 - (1) Por una agencia de aplicación de la ley federal, estatal, del condado o de la ciudad para establecer la identidad de una persona o un cuerpo humano muerto;
 - (2) Para determinar la filiación o identidad de una persona en ciertas circunstancias;
 - (3) Para determinar la paternidad de una persona en ciertas circunstancias;
 - (4) Para uso en un estudio en el que las identidades de las personas de las que se obtiene la información genética no se revelan a la persona que realiza el estudio;
 - (5) Para determinar la presencia de ciertos trastornos hereditarios en un bebé en ciertas circunstancias; o
 - (6) En virtud de una orden de un tribunal de jurisdicción competente.
 - (c) Es ilegal que una persona retenga información genética que me identifique sin obtener primero mi consentimiento informado, a menos que la retención de la información genética sea:
 - (1) Necesario para llevar a cabo una investigación criminal, una investigación relacionada con la muerte de una persona o un proceso penal o juvenil;
 - (2) Autorizado en virtud de una orden de un tribunal de jurisdicción competente; o
 - (3) Necesario para que ciertas instalaciones médicas mantengan mis registros médicos.
 - (d) Si he autorizado a una persona a retener mi información genética, puedo solicitar que la persona destruya la información genética. Dicha persona destruirá la información, a menos que la retención de la información sea:
 - (1) Necesario para llevar a cabo una investigación criminal, una investigación relacionada con la muerte de una persona o un proceso penal o juvenil;
 - (2) Autorizado por una orden de un tribunal de jurisdicción competente;
 - (3) Necesario para que ciertas instalaciones médicas mantengan mis registros médicos; o

(4) Autorizado o requerido por la ley estatal o federal.

(e) Salvo que la ley o reglamento federal disponga lo contrario, una persona que obtenga mi información genética para su uso en un estudio destruirá la información al finalizar el estudio o mi retiro del estudio, lo que ocurra primero, a menos que autorice a la persona que realiza el estudio a retener mi información genética después de que se complete el estudio o cuando yo me retire del estudio.

(f) Es ilegal que una persona revele u obligue a otra persona a revelar mi identidad si fui objeto de una prueba genética o que revele a otra persona información genética que permita a la otra persona identificarme sin obtener primero mi consentimiento informado, a menos que la información se divulgue:

- (1) Para llevar a cabo una investigación criminal, una investigación relacionada con la muerte de una persona o un proceso penal o juvenil;
- (2) Para determinar la filiación o identidad de una persona en ciertas circunstancias; (3) Para determinar la paternidad de una persona en ciertas circunstancias;
- (4) En virtud de una orden de un tribunal de jurisdicción competente;
- (5) Por un médico después de que yo haya fallecido y mi información genética ayudará en el diagnóstico médico de personas relacionadas conmigo por sangre;
- (6) A una agencia de aplicación de la ley federal, estatal, del condado o de la ciudad para establecer la identidad de una persona o cuerpo humano muerto;
- (7) Para determinar la presencia de ciertos trastornos hereditarios prevenibles en un bebé en ciertas circunstancias;
o
- (8) Por una agencia de justicia penal en ciertas circunstancias.

Yo, _____ (nombre de la persona que da mi consentimiento), por la presente doy mi consentimiento para _____ (nombre de la persona o agencia que obtiene información genética) para obtener mi información genética; o

Yo, _____ (nombre de la persona que da mi consentimiento), por la presente doy mi consentimiento para que _____ (nombre de la persona o agencia que obtiene información genética) retenga mi información genética; o

Yo, _____ (nombre de la persona que da mi consentimiento), por la presente doy mi consentimiento para que _____ (nombre de la persona o agencia que divulga información genética) divulgue mi información genética a _____ (nombre de la persona o agencia para recibir información genética).

Este documento de consentimiento es válido hasta ____ / ____ / ____ (fecha de vencimiento).

Si la persona que se hace la prueba no puede firmar, indique el motivo aquí:

Firma de la persona que da su consentimiento o de su representante legal ____/____/____
Fecha

Testigo ____/____/____
Fecha